Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le facilita los datos de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder a sus preguntas sobre <plan name> y sobre sus beneficios de cuidado de salud. Asimismo, en este capítulo encontrará información sobre cómo comunicarse con su Coordinador de servicios y otros que pueden actuar en su nombre. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[If applicable, plans should modify this chapter to include contact information for other health services.]

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “refer to Chapter 9, Section A, page 1.” An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[*Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.*]

Tabla de contenidos

[A. Cómo comunicarse con Servicios al miembro de <plan name> 3](#_Toc76127346)

[A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro 3](#_Toc76127347)

[B. Cómo comunicarse con su coordinador de servicios 7](#_Toc76127348)

[B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de servicios 7](#_Toc76127349)

[C. Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc76127350)

[C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras 9](#_Toc76127351)

[D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento y de abuso en el consumo de sustancias 10](#_Toc76127352)

[D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento y de abuso en el consumo de sustancias 10](#_Toc76127353)

[E. Cómo comunicarse con la Línea de Servicios de transporte que no sean emergencias médicas (NEMT) 11](#_Toc76127354)

[E1. Cuándo comunicarse con la Línea de Servicios de NEMT 11](#_Toc76127355)

[E2. Cuándo comunicarse con la Línea “¿Dónde está mi transporte?” 11](#_Toc76127356)

[F. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) 12](#_Toc76127357)

[F1. Cuándo comunicarse con el HICAP 12](#_Toc76127358)

[G. Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) 13](#_Toc76127359)

[G1. Cuándo comunicarse con TMF, Health Quality Institute 13](#_Toc76127360)

[H. Cómo comunicarse con Medicare 14](#_Toc76127361)

[I. Cómo comunicarse con Texas Medicaid 15](#_Toc76127362)

[J. Cómo comunicarse con la Oficina del Ombudsman de HHSC 16](#_Toc76127363)

[K. Cómo comunicarse con el Ombudsman de Texas para el cuidado de salud a largo plazo 17](#_Toc76127364)

[L. Otros recursos 18](#_Toc76127365)

# Cómo comunicarse con Servicios al miembro de <plan name>

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  <Days and hours of operation> [Include information on the use of alternative technologies.]  [Include information on what to do in case of an emergency.]  [*Include information about after-hours and weekend coverage.*]  Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |
| POR FAX | [Fax number is optional.] |
| POR CORREO | <Mailing address> |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| POR EL SITIO WEB | [Web address is optional.] |

## A1. Cuándo comunicarse con Servicios al miembro

* Preguntas sobre el plan
* Preguntas sobre reclamos, facturación o tarjetas de identificación de miembro

[If plans have different numbers for the functions listed below, plans should insert separate charts with the additional contact information.]

* Decisiones de cobertura de su cuidado de salud
* Una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud es una decisión relacionada con lo siguiente:
* sus beneficios y servicios cubiertos, **o**
* los importes que abonaremos en concepto de servicios de salud
* Llámenos si tiene alguna pregunta acerca de una decisión de cobertura de su cuidado de salud.
* Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Apelaciones sobre su cuidado de salud
* Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos alguna decisión que hayamos tomado sobre su cobertura y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error.
* Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Quejas sobre su cuidado de salud
  + Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (de la red o de fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado de salud que haya recibido, directamente a nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad (consulte la Sección F a continuación [plans may insert reference, as applicable]).
  + Si su queja es sobre una decisión de cobertura de su cuidado de salud, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior [plans may insert reference, as applicable]).
* También puede enviar una queja sobre <plan name> directamente a Medicare. Para ello, puede utilizar el formulario que encontrará en línea en [es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O puede llamar al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
* Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado de salud, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Decisiones de cobertura de medicamentos
  + Una decisión de cobertura de medicamentos es una decisión relacionada con lo siguiente:
* sus beneficios y medicamentos cubiertos, **o**
* los importes que abonaremos en concepto de medicamentos.
* Esto es aplicable a los medicamentos de la Parte D, a los medicamentos de receta de Medicaid y a los medicamentos de venta sin receta médica de Medicaid.
* Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos de receta, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Apelaciones relacionadas con sus medicamentos
  + Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.

[Plans should include contact information for appealing Medicaid drugs and Part D drugs. If the contact information is the same, plans should modify the information so only one number is given to appeal all drugs. If applicable, explain how Medicaid drugs are labeled in the Drug List.]

* Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos de receta, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Quejas relacionadas con sus medicamentos
* Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Eso incluye las quejas relacionadas con sus medicamentos de receta.
* Si su queja es sobre una decisión de cobertura de sus medicamentos de receta, usted puede apelar. (Consulte la sección anterior [plans may insert reference, as applicable]).
* También puede enviar una queja sobre <plan name> directamente a Medicare. Para ello, puede utilizar el formulario que encontrará en línea en [es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O puede llamar al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
* Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos de receta, consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].
* Devolución de los pagos efectuados por usted en concepto de cuidados de salud y medicamentos

[Plans with an arrangement with the state may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits. Plans adding this language should include reference to the plan’s Member Services.]

* Para obtener más información sobre cómo solicitarnos la devolución de un pago que haya hecho o el abono de una factura, consulte el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable].
* Si, tras pedirnos que paguemos una factura, rechazáramos alguna parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre las apelaciones.

# Cómo comunicarse con su coordinador de servicios

[Plans should use the term “Service Coordinator.” Plans should include information explaining what a Service Coordinator is, how members can get a Service Coordinator, how they can contact the Service Coordinator, and how they can change their Service Coordinator. If plans do not offer a Service Coordinator, they should instruct members to contact the Nurse Advice Call Line or other appropriate number.]

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  <Days and hours of operation> [*Include information on the use of alternative technologies*.]  Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY phone number> Esta llamada [insert if applicable: no] es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |
| POR FAX | [Fax number is optional.] |
| POR CORREO | <Mailing address> |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| POR EL SITIO WEB | [Web address is optional.] |

## B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de servicios

* Preguntas sobre su cuidado de salud
* Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento, transporte y servicios y respaldos a largo plazo (LTSS)

[Plans should include information on eligibility requirements for LTSS.]

En ocasiones, usted podrá recibir ayuda para el cuidado diario de su salud y sus necesidades diarias. [Plans should revise this section as necessary to list the specific services that are available.] Es posible que reciba estos servicios:

* Cuidado de enfermería especializada
* Fisioterapia
* Terapia ocupacional
* Terapia del lenguaje
* Servicios médico-sociales
* Cuidados de salud en el hogar

# Cómo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras

[Plans should include a brief description and information about what the Nurse Advice Call Line is.]

| Tipo de comunicación | Datos de contacto |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  <Days and hours of operation> [Include information on the use of alternative technologies.]  Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY phone number> Esta llamada [insert if applicable: no] es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |

## C1. Cuándo comunicarse con la Línea de consejería de enfermeras

* Preguntas sobre su cuidado de salud

# Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento y de abuso en el consumo de sustancias

[*Plans must include information on how to access services and what to do in case of an emergency. Plan should also briefly describe what the Behavior Health and Substance Abuse Crisis Line is.*]

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  <Days and hours of operation> [Include information on the use of alternative technologies and state that the phone line must be staffed by trained personnel 24 hours a day/7 days a week.]  Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés. |
| POR TTY | <TTY phone number> Esta llamada [insert if applicable: no] es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |

## D1. Cuándo comunicarse con la Línea de crisis de salud del comportamiento y de abuso en el consumo de sustancias

* Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento
* Preguntas sobre los servicios de tratamiento por abuso en el consumo de sustancias

# Cómo comunicarse con la Línea de Servicios de transporte que no sean emergencias médicas (NEMT)

[*If separate from the NEMT Services Line, plans should insert in the section title above:* y la Línea “¿Dónde está mi transporte?”. *Plans include any additional applicable phone number and days and hours of operation in the table below.*]

[Plans should also briefly describe the NEMT Services Line and the “Where’s My Ride?” Line.]

Recuerde programar su transporte lo más pronto posible, **como mínimo dos días antes de que vaya a utilizarlo**.

|  |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | <Phone number(s)> Esta llamada es gratuita.  <Days and hours of operation> [Include information on the use of alternative technologies.]  Disponemos de un servicio de interpretación gratuito para personas que no hablan inglés. |
| TTY | <TTY phone number> Esta llamada [insert if applicable: no] es gratuita.  [Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.]  <Days and hours of operation> |

## E1. Cuándo comunicarse con la Línea de Servicios de NEMT

* Preguntas y ayuda con la programación del transporte para acudir a citas para el cuidado de la salud que no sean una emergencia
* [*If the “Where’s My Ride?” Line is* ***not*** *separate from the NEMT Services Line, plans insert:* Preguntas sobre el estado de su transporte programado]

[*If the “Where’s My Ride?” Line is separate from the NEMT Services Line, plans insert the following:*]

## E2. Cuándo comunicarse con la Línea “¿Dónde está mi transporte?”

* Preguntas sobre el estado de su transporte programado

# Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) ofrece asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los miembros de Medicare. En Texas, SHIP se llama **Programa de información, consejería y asesoramiento de salud de Texas (HICAP)**.

El HICAP no tiene ninguna vinculación con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | **1-800-252-3439** |
| POR TTY | [TTY phone number is optional.]  [Insert if the SHIP uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | <Mailing address> |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| POR EL SITIO WEB | [www.tdi.texas.gov/general/espanol.html](http://www.tdi.texas.gov/general/espanol.html) |

## F1. Cuándo comunicarse con el HICAP

* Preguntas sobre su seguro de salud de Medicare
* Los consejeros de HICAP podrán responder a sus preguntas sobre cambiarse a un plan nuevo y ayudarle a:
* entender sus derechos,
* comprender las opciones de su plan,
* presentar quejas sobre sus cuidados de salud o tratamientos, **y**
* resolver problemas con sus facturas.

# Cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada TMF, Health Quality Institute. Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la asistencia a los miembros de Medicare. TMF, Health Quality Institute no tiene ninguna vinculación con nuestro plan.

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-725-9216 |
| POR TTY | [TTY phone number is optional.]  [Insert if the QIO uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | TMF Health Quality Institute  3107 Oak Creek Drive, Suite 200  Austin, TX 78727-3107 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| POR EL SITIO WEB | [www.tmf.org/](http://www.tmf.org/) |

## G1. Cuándo comunicarse con TMF, Health Quality Institute

* Preguntas sobre su cuidado de salud
* Usted puede presentar una queja relacionada con el cuidado recibido, si usted:
* tiene un problema con la calidad del cuidado de salud,
* cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto, **o**
* cree que el cuidado de salud en el hogar, el cuidado en centros de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

# Cómo comunicarse con Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud para personas a partir de 65 años, para algunas personas menores de 65 años con discapacidades y para personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare es CMS (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid).

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  Las llamadas son gratuitas y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| POR TTY | 1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.  Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| POR EL SITIO WEB | [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov)  Este es el sitio web oficial de Medicare. En él se ofrece información actualizada sobre Medicare. También se ofrece información sobre hospitales, hogares para personas de la tercera edad, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospicios.  Aquí encontrará sitios web y números de teléfono que pueden resultarle útiles, así como folletos que usted podrá imprimir desde su computadora. Si no dispone de computadora, acuda a la biblioteca o al centro para personas mayores de su localidad, donde podrá visitar el sitio web utilizando las computadoras disponibles en sus instalaciones. También puede llamar a Medicare, al teléfono mencionado arriba, y decirles lo que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. |

# Cómo comunicarse con Texas Medicaid

[Plans must adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Texas Medicaid program.]

[If there are two different agencies handling eligibility and coverage/services, the plan should include both and clarify the role of each.]

[Plans must, as appropriate, include additional telephone numbers for Texas Medicaid program assistance.]

Texas Medicaid ofrece ayuda con servicios médicos y servicios y respaldos a largo plazo, así como para cubrir los costos en el caso de las personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a Texas Medicaid.

[If applicable, plans may also inform members that they can get information about Texas Medicaid from county resource centers and indicate where members can find contact information for these centers.]

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-252-8263 o 2-1-1 |
| POR TTY | 1-800-735-2989 o 7-1-1 |
| POR CORREO | <Mailing address> |
| POR EL SITIO WEB | [yourtexasbenefits.com/Learn/Home?lang=es\_ES](https://yourtexasbenefits.com/Learn/Home?lang=es_ES) |

# Cómo comunicarse con la Oficina del Ombudsman de HHSC

La Oficina del Ombudsman de HHSC actúa como defensor en su nombre. Puede resolver sus dudas si usted tiene un problema o una queja y explicarle lo que tiene que hacer. La Oficina del Ombudsman de HHSC también ayuda a las personas inscritas en Texas Medicaid con sus problemas de facturación y con los servicios. No tiene ninguna vinculación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. La Oficina del Ombudsman de HHSC es un programa independiente y sus servicios son gratuitos.

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-866-566-8989 |
| POR TTY | 1-800-735-2989  Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial. |
| POR CORREO | Texas Health and Human Services Commission  Office of the Ombudsman, MC H-700  P O Box 13247  Austin, TX 78711-3247 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [Email address is optional.] |
| POR EL SITIO WEB | [www.hhs.texas.gov/es/quienes-somos/sus-derechos/oficina-del-ombudsman-de-hhs/ombudsman-de-hhs-ayuda-con-la-atencion-medica-administrada](https://www.hhs.texas.gov/es/quienes-somos/sus-derechos/oficina-del-ombudsman-de-hhs/ombudsman-de-hhs-ayuda-con-la-atencion-medica-administrada) |

# Cómo comunicarse con el Ombudsman de Texas para el cuidado de salud a largo plazo

El Ombudsman de Texas para el cuidado de salud a largo plazo es un programa de ombudsman que proporciona información sobre hogares para personas de la tercera edad y otros centros de cuidado de salud a largo plazo. Asimismo, ayuda en la resolución de problemas entre estos centros y los residentes o sus familias.

| Tipo de comunicación |  |
| --- | --- |
| POR TELÉFONO | 1-800-252-2412 |
| POR TTY | [TTY phone number is optional.]  [Insert if the LTC ombudsman program uses a direct TTY number: Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Para poder llamar, usted debe tener un equipo telefónico especial.] |
| POR CORREO | Texas Long-Term Care Ombudsman Program  Texas Health and Human Services  P. O. Box 149030  MC-W250  Austin, TX 78714-9030 |
| POR CORREO ELECTRÓNICO | [ltc.ombudsman@hhsc.state.tx.us](mailto:ltc.ombudsman@hhsc.state.tx.us) |
| POR EL SITIO WEB | [apps.hhs.texas.gov/news\_info/ombudsman/](https://apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/) |

# Otros recursos

[Plans may insert this section to provide additional information resources, such as county aging and disability resource centers, choice counselors, state administrative services contractor, or area agencies on aging.]

[*Plans may include other phone numbers more unique to their plan, for example:*

* *Eye Care*
* *Medicaid Managed Care Helpline 1-866-566-8989 or 7-1-1 for TTY users*
* *Dental Contractors*

Plans should format consistently with other sections and include a brief description and information about any other resources they add.]